





3.

<b>Specifichi il periodo di copertura richiesto:</b> <i>Please state period of insurance required:</i>	Da: From:	A: To:
--	--------------	-----------

4. **Effettua viaggi aerei come passeggero di aeromobili di linea? Se si fornisca il numero approssimativo dei viaggi e le probabili destinazioni.**  
*Will you be travelling by air as a passenger scheduled flight? If yes please state the approximate number of flights and anticipated destinations.*

5. **Nel caso in cui usi un veicolo per svolgere la Sua attività dica indicativamente qual è la percorrenza annua media.**  
*In the case of use of a vehicle for business purposes please state your mileage per annum.*

6. **Intende effettuare viaggi all'estero nei prossimi 12 mesi? In caso affermativo precisare se per lavoro o per vacanza e probabile destinazione.**  
*Are you planning to travel abroad within the next 12 months? If yes, please state destination and whether for business or leisure.*

7. **Desidera essere coperto per alcuni dei rischi sotto elencati, che non sono assicurati se non vi è specifica richiesta?**  
*Do you wish to be covered for the following risks that are NOT covered unless specifically agreed and endorsed on your policy? If yes give detail .*

- |   |   |    |    |
|---|---|----|----|
| a | Sport invernali ? - <i>Winter sports?</i>   | SI | NO |
|   | Si devono includere anche le gare? - <i>Are the competitions to be included ?</i>   | SI | NO |
| b | Immersione subacquea con respiratore?<br><i>Scuba Diving ?</i>  | SI | NO |
| c | Alpinismo, comprendente l'uso di funi e guide?<br><i>Rock Climbing or Mountaineering normally involving the use of ropes or guides?</i>   | SI | NO |
| d | Speleologia? - <i>Potholing?</i>  | SI | NO |
| e | Volo a vela o paracadutismo?- <i>Hang-gliding or Parachuting</i>  | SI | NO |
| f | Caccia a cavallo o gare/concorsi ippici? - <i>Hunting on horseback.</i>   | SI | NO |
| g | Partecipazione a qualsiasi tipo di corsa o competizione?<br><i>Driving or riding in any kind of Race or Competition.</i>  | SI | NO |
| h | Guida di motociclette? (specificare c.c.)<br><i>Riding Motor Cycles or Scooter, state c.c.</i>  | SI | NO |
| i | Viaggi aerei diversi da quelli indicati al Punto 4?<br><i>Air Travel other than as described in question 4.</i>   | SI | NO |
| j | Qualche altra occupazione, sport, passatempo o attività che presumibilmente costituisca un aggravamento di rischio?<br><i>Any other occupation, sport, pastime or activity which is likely to involve extra risk of accident.</i> | SI | NO |

**SE HA RISPOSTO "SI" AD UNO DEI PUNTI DI CUI SOPRA, PREGO FORNIRE DETTAGLI**  
**IF YOU HAVE TICKED ANY OF THE "YES/SI" BOXES GIVE FULL DETAILS BELOW** *(detailing experience in the sport and frequency with which you intend to undertake it.)*

8. **Soffre di qualche difetto della vista e dell'udito? In caso positivo fornisca dettagli.**  
*Do you suffer from defective hearing or vision? If yes, to what extent?*





9. Ha mai sofferto di ernia, stiramenti alla schiena, lesioni al disco o altri difetti fisici di natura ricorrente? In caso positivo dica in quale misura.

Have you ever suffered from hernia, lower back strain, disc lesion or other physical defect of a chronic or recurring nature? If yes, give details.

[Empty text box for answer]

10. Ha mai sofferto di malanni al cuore, ipertensione, vene varicose, malattie dei nervi, alcoolismo, assuefazione a droghe od altre malattie o debolezze organiche di natura cronica o ricorrente? In caso positivo fornisca dettagli.

Have you ever suffered from any heart condition, hypertension, varicose veins, nervous condition, alcoholism, drug addition or other illness or organic weakness of a chronic or recurring nature?

[Empty text box for answer]

11. Quali infortuni o malattie Le hanno impedito di attendere alle Sue normali occupazioni per periodi superiori ai 14 giorni negli ultimi 3 anni? In caso positivo fornisca dettagli (data, cure).

What accidents or illness have prevented you from attending to your business or occupation for periods of more than 14 days during the past three years? If yes give details, (dates and treatment).

[Empty text box for answer]

12. E' attualmente assicurato contro l'infortunio e la malattia? In caso positivo specifichi con chi e per quali capitali e con che franchigie:

Are you insured against accident or illness? If yes say with whom and for what sums insured and what deductibles:

[Empty text box for answer]

13. Può confermare che il rimborso giornaliero richiesto con la presente polizza e altre eventuali, non sia superiore al suo guadagno lordo giornaliero. In caso negativo fornisca dettagli

Can you confirm that the daily benefits under all policies carried by you, including that now applied for, do not exceed your usual gross income? If no give details.

[Empty text box for answer]

14. Vi preghiamo confermarci che la somma assicurata richiesta sulla Morte, o sulla Invalidità Permanente se più elevata del capitale a Morte, non supera 7 (sette volte) il vostro reddito annuale? In caso negativo vi preghiamo fornirci dettagli sulla giustificazione della somma assicurata.

Please confirm that capital sum insured hereunder does not exceed 7 (seven) times your annual income? If no, please give us details of justification of sum insured.

[Empty text box for answer]

15. Le è mai stata rifiutata od accettata a condizioni speciali una copertura assicurativa per infortuni, vita, malattia? Nessun assicuratore Le ha mai annullato o si è rifiutato di rinnovare la Sua copertura? In caso positivo fornisca dettagli.

Have you ever been declined or accepted on special terms, for life, accident, or illness insurance, or has any company ever cancelled or declined to renew your policy? If yes please give details.

[Empty text box for answer]

16. Ha mai subito infortuni che sono risultati in un sinistro pagato da qualsiasi polizza infortuni o malattia? In caso positivo fornisca dettagli completi inclusa l'invalidità permanente o l'invalidità temporanea risultante e l'ammontare del sinistro pagato come da pagina allegata.

Have you ever suffered an accident which has resulted in a claim paid by any insurance policy for accident or sickness? If yes, please provide full information, detailing whether the claim was for permanent disability or temporary disability following accident and amount of the paid claim on the attached Claims History page.

SI/YES		NO	
--------	--	----	--





MYLTON® Insurance Brokers S.r.l.

LLOYD'S

### Dichiarazione

Per quanto è di mia conoscenza le informazioni contenute in questo documento sono vere e nessun fatto è stato tenuto nascosto. Sono consapevole che la mancata rivelazione o l'errata descrizione di un fatto autorizza gli Assicuratori ad annullare la copertura. (Per fatto materiale si intende qualsiasi fatto che possa verosimilmente influenzare l'accettazione o la diversa valutazione della proposta da parte dell'Assicuratore).

Sono altresì consapevole che l'Assicuratore determinerà i termini e le condizioni sulla base delle informazioni contenute in questo questionario ma che la firma dello stesso non impegna me a sottoscrivere la copertura né l'Assicuratore ad accettarla.

*To the best of my knowledge and belief, the information provided in connection with this proposal, whether in my own hand or not, is true and I have not withheld any material facts. I understand that non-disclosure or misrepresentation of a material fact may entitle Underwriters to void the insurance.*

*I understand that Underwriters will determine their terms and conditions upon the information provided in connection with this proposal; and I further understand that the signing of this proposal does not bind me to complete or Underwriters to accept this Insurance.*

**Firma della Persona da Assicurare**

**Data:**

**Firma del Proponente**

**Data:**





**NB: Questa sezione del questionario deve essere compilata solo se è stata richiesta una copertura IP da Malattia:**

**QUESTIONARIO LLOYD'S  
MALATTIA  
ILLNESS LLOYD'S PROPOSAL FORM**

<b>Nome ed indirizzo:</b> <i>Name and address:</i>		
<b>1. La Sua professione implica l'esercizio di attività in situazioni particolarmente rischiose per il fisico o in condizioni che potrebbero risultare dannose alla salute?</b> <i>Does your occupation entail work in situations with exceptional risk of bodily injury or in conditions likely to be injurious to health?</i>		
<b>2. Ha mai sofferto di:</b> / <i>Have you ever had:</i>	<b>SI/NO - YES/NO</b>	<b>DETTAGLI IN CASO DI RISPOSTA Affermativa</b> <i>FULL DETAILS IF YES</i>
<b>-febbre reumatica, dolori al torace, problemi o malattie di cuore o ipertensione?</b> <i>-rheumatic fever, chest pain, heart problem or disease or raised blood pressure?</i>		
<b>-tiroide, reumatismi, gotta o epatopatia?</b> <i>-thyroid, rheumatism, gout or liver complaint?</i>		
<b>-asma, bronchite, pleurite, tubercolosi o malattie ai polmoni?</b> <i>-asthma, bronchitis, pleurisy, tuberculosis or any disease of the lungs?</i>		
<b>-problemi ghiandolari, cisti o tumori?</b> <i>-glandular trouble, cysts, swellings or tumours?</i>		
<b>- indigestioni, ulcera gastrica o duodenale, coliti, malattie all'intestino o problemi digestivi?</b> <i>- indigestion, gastric or duodenal ulcer, colitis, bowel or digestive complaint?</i>		
<b>-diabete o problemi di reni o alla prostata, alla vescica o al sistema urinario?</b> <i>-diabetes or any problem of the kidneys, prostate, bladder or urinary system?</i>		
<b>-depressione, esaurimento, epilessia, convulsioni o problemi nervosi o psicologici?</b> <i>-depression, breakdown, epilepsy, fits or nervous upset?</i>		
<b>-ha mai seguito diete o trattamenti speciali che richiedessero l'uso di farmaci?</b> <i>-any special diet or treatment including the use of medication?</i>		
<b>-ha mai fatto visite, trattamenti o esami del sangue per l'AIDS o per condizioni connesse con l'AIDS?</b> <i>-medical advice, treatment or a blood test in connection with AIDS or an AIDS related condition?</i>		





<p><b>-altre malattie o infortuni per i quali ha dovuto effettuare visite o esami specifici presso dottori o in ospedale o sta per effettuare visite o esami?</b>  <i>-any other illness, disease or accident requiring investigation by a Doctor or hospital , or are you expecting to attend for such investigation or tests?</i></p>		
<p><b>3. Se Suo padre, madre, fratello o sorella è deceduto, specificare la parentela, l'età al momento del decesso e la causa del decesso (se non vi sono decessi scrivere "no").</b>  <i>If your father, mother or any brother or sister has died, state in each case the relationship, age at death and cause of death. (If no such deaths state "none").</i></p>		
<p><b>4. Si è mai sottoposto o ha qualche motivo di credere di doversi sottoporre ad un intervento chirurgico? In caso positivo fornisca dettagli.</b>  <i>Have you undergone or have you any reason to believe you may need to undergo a surgical operation? If yes give details.</i></p>		
<p><b>5. Al di là delle informazioni che ha fornito qui sopra, attualmente gode di buona salute?</b>  <i>Apart from any matter you have already described, are you now in and do you generally enjoy good health?</i></p>		

**Dichiarazione**

Per quanto è di mia conoscenza le informazioni contenute in questo documento sono vere e nessun fatto è stato tenuto nascosto. Sono consapevole che la mancata rivelazione o l'errata descrizione di un fatto autorizza gli Assicuratori ad annullare la copertura.(Per fatto materiale si intende qualsiasi fatto che possa verosimilmente influenzare l'accettazione o la diversa valutazione della proposta da parte dell'Assicuratore).

Sono altresì consapevole che l'Assicuratore determinerà i termini e le condizioni sulla base delle informazioni contenute in questo questionario ma che la firma dello stesso non impegna me a sottoscrivere la copertura nè l'Assicuratore ad accettarla.

*To the best of my knowledge and belief , the information provided in connection with this proposal, whether in my own hand or not, is true and I have not withheld any material facts. I understand that non-disclosure or misrepresentation of a material fact may entitle Underwriters to void the insurance.*

*I understand that Underwriters will determine their terms and conditions upon the information provided in connection with this proposal; and I further understand that the signing of this proposal does not bind me to complete or Underwriters to accept this Insurance.*

**Firma della Persona da Assicurare**

**Data:**

**Firma del Proponente**

**Data:**



**SCHEDA RIASSUNTIVA SOMME ASSICURATE.**

<b><u>GARANZIA ASSICURATA RICHIESTA</u></b>	<b><u>SOMME ASSICURATE</u></b>		
Morte a seguito Infortunio	SI - NO	EURO	
Invalità Permanente a seguito Infortuni	SI - NO	EURO	
Invalità Permanente a seguito Malattia	SI - NO	EURO	
Inabilità Temporanea a seguito Infortunio	SI - NO	EURO	
Diaria da Ricovero	SI - NO	EURO	
Diaria da Convalescenza a seguito di Ricovero	SI - NO	EURO	
Rimborso spese mediche da Ricovero a seguito di infortunio	SI - NO	EURO	
Indennità giornaliera in caso di ingessatura	SI - NO	EURO	



## Storia sinistri precedenti/Previous Claims History

**Indicare la data dell'infortunio o del manifestarsi della malattia / Please give the date when the accident or sickness first occurred::**

**Si prega dare esatti dettagli dell'infortunio o malattia: / Please describe exactly the details of the injury or illness:**

**Nel caso di malattia, quando è stata diagnosticata per la prima volta? / If you suffered from an illness, when was it first diagnosed?**

**Quale è la prognosi della vostra malattia /infortunio? / What is the current prognosis for your condition?**

**È in cura al momento? / Are you currently on any medication for the condition?**

**È ritornato a lavoro e pienamente guarito? / Are you now fully recovered and back undertaking your usual duties?**

**Se un sinistro è stato pagato a seguito di quanto sopra, per quale ammontare è stato liquidato? Has the claim been paid, if so what was the total amount?**

**È stato pagato un sinistro per IT? Se sì, a quanti giorni equivale? / Was this amount for a TTD claim? If so how many days in total were you incapacitated for?**

**È stato pagato un sinistro per IP? Se sì, per quale percentuale? / Was this amount for a PD loss? If so, what was the PD percentage?**

**Se il sinistro è ancora in riserva, per quale ammontare? / If the claim has not yet been paid and is still outstanding? What amount is outstanding?**





**Il sinistro è stato chiuso? Se no, spiegare il perché / Has the claim now been fully settled? and the discharge form signed?**  
If no, please give reasons why.

**Firma: / Signed**

**Data: / Date**

**LLOYD'S Prot. n. LL 98/1**

## **AVVISO AL PROPONENTE/ASSICURATO**

Nota informativa predisposta ai sensi dell'art. 123 del decreto legislativo 17 marzo 1995, n. 175 ed in conformità con quanto disposto dalla circolare ISVAP n. 303 del 2 giugno 1997.

### **INFORMAZIONI RELATIVE ALL'IMPRESA**

Il contratto è concluso con alcuni assicuratori dei Lloyd's of London (di seguito denominati "Lloyd's") la cui rappresentanza generale per l'Italia è situata in C.so Garibaldi , 86- 20121 Milano.

### **INFORMAZIONI RELATIVE AL CONTRATTO**

#### **- LEGGE APPLICABILE**

Ai sensi dell'art. 122 del decreto legislativo n. 175/95, le parti potranno convenire di assoggettare il contratto ad una legislazione diversa da quella italiana, salvi i limiti derivanti dall'applicazione di norme imperative nazionali e salva la prevalenza delle disposizioni specifiche relative alle assicurazioni obbligatorie previste dall'ordinamento italiano. Gli assicuratori dei Lloyd's propongono di applicare la legge Italiana al contratto.

#### **- RECLAMI IN MERITO AL CONTRATTO**

Qualora le parti avessero scelto di applicare al contratto la legislazione Italiana, gli eventuali reclami in merito al contratto stesso potranno essere rivolti all'ISVAP - DIVISIONE R.C.A., reclami e tutela del consumatore - Via del Quirinale, 21- 00187 Roma.

Nel caso in cui la legislazione scelta dalle parti sia diversa da quella italiana, gli eventuali reclami in merito al contratto dovranno essere rivolti all'autorità di vigilanza del paese la cui legislazione è stata prescelta. In tale caso l'ISVAP faciliterà le comunicazioni tra l'autorità competente e il contraente.

E' attivo, inoltre, un servizio reclami dei Lloyd's in C.so Garibaldi,86, 20121 Milano, tel. (02) 6378881, Telefax 02.63788850, email : servizioclienti@lloyd's.it che potrà essere contattato per ogni occorrenza, salvi i diritti di legge del contraente.

#### **- TERMINI DI PRESCRIZIONE DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO**

Qualora venga applicata la legge Italiana, i diritti derivanti dal contratto di assicurazione prescrivono entro un anno dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ai sensi dell'art. 2952 C.C.

Nell'assicurazione della responsabilità civile, il termine di un anno decorre dal giorno in cui il terzo ha richiesto il risarcimento all'assicurato o ha promosso contro questo l'azione.

**SI RICHIAMA L'ATTENZIONE DEL CONTRAENTE SULLA NECESSITÀ DI LEGGERE  
ATTENTAMENTE IL CONTRATTO PRIMA DI SOTTOSCRIVERLO.**

